**Questionnaire Usager APF 21**

*Le SAAD APF 21/89, souhaite développer davantage de prestations au service des usagers et particulièrement à ses adhérents et clients avec l’objectif d’ouvrir un service mandataire sans reste à charge d’ici fin 2019.*

*Pour mieux connaitre vos besoins et enrichir notre réflexion, nous vous adressons ce questionnaire afin de répondre aux mieux à vos attentes.*

1. **Etat civil et coordonnées (si vous le souhaitiez)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : ……………………………………………… | Prénom : ……………………………………… |

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Email : …………………………………………….@……………………………………………..

Date de naissance : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Habitat :

 Collectif/ regroupé APF [ ]

 Personnel [ ]

1. **Etes-vous adhérent APF** Oui [ ]  Non [ ]
2. **Bénéficiez-vous de la prestation SAAD**  Oui [ ]  Non [ ]
3. **Pour évaluer le reste à charge, nous avons besoins de connaitre : La quantification de vos besoins et de la réponse à ces besoins :**
	* 1. Quels sont vos besoins reconnus par la CDAPH (Nombre d’heures d’aide humaine en PCH) ? |\_\_|\_\_| heures par jour ou

|\_\_|\_\_| heures par mois

* + 1. Les heures autorisées sont-elles suffisantes ?

[ ]  Oui ; [ ]  largement

[ ]  Non, j’ai besoin de plus Combien ? |\_\_|\_\_| heures par jours

Dites-nous pourquoi ? …………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

* + 1. Est-ce que les sommes perçues au titre de l’aide humaine sont suffisantes ?

[ ]  Oui [ ]  Non

Si non, pourquoi ?...............................................................................................

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

* 1. **L’organisation générale de votre aide humaine** (vous avez la possibilité de donner plusieurs réponses)
		1. Quels sont les personnes (ou service) qui aident au quotidien ?
1. [ ]  Membre de votre famille
2. [ ]  Aidant(s) que vous rémunérez (Emploi direct )
3. [ ]  Service mandataire
4. [ ]  Service de portage de repas
5. [ ]  Infirmier ou aide-soignant

4.2.2 Etes-vous satisfait de cette organisation ? [ ]  Oui [ ]  Non

|  |
| --- |
| Si non pourquoi ? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

1. **Si le SAAD APF, Dijon met à votre disposition le service Mandataire sans reste à charge, seriez-vous intéressé ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

**Si non, pourquoi**?...................................................................................... ………………

………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….....

1. **Connaissez-vous le fonctionnement du service mandataire ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

* 1. Souhaiteriez-vous avoir des informations sur ce service ?

 [ ]  Oui [ ]  Non

* + 1. Si oui, à votre domicile ? [ ]  Oui [ ]  Non
		2. Ou lors d’un atelier organisé par la délégation APF**?**

[ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |
| --- | --- |
| ***Autres :*** …………………………………………….............................................................……………………………………………………………………………………………... |  |